

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

1012

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Victor GRUN

Interne de l'Hôpital Central de Fresnes

Né le 24 Novembre 1923, à BRATISLAVA (Tchécoslovaquie)

présentée et soutenue publiquement le

LA SIMULATION MÉDICALE EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Président : Monsieur R. PIEDELIEVRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Victor GRUN

Interne de l'Hôpital Central de Fresnes

né le 24 novembre 1923 à Bratislava
(Tchécoslovaquie)

:-

Présentée et soutenue publiquement
le

:-

LA SIMULATION MEDICALE
EN MILIEU PENITENTIAIRE

:-

Président : Monsieur R. PIEDELIEVRE (Professeur)

:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports }	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
	{ Hôtel-Dieu
	{ Salpêtrière
Clinique Chir.	MOULONGUET
	{ Cochin
	{ Beaujon
	SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et } orthop. }	MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et } d'orthop. }	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puériculture	LELONG
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques }	DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET
Clinique des Maladies mentales et } de l'encéphale }	DELAY

MM.

Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	(BARIETY
Cliniques Médicales	JUSTIN-BESANÇON
	MOREAU
	(de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique Médicale Propédeutique	(PASTEUR-VALLERY-
	(RADOT
	(LANTUEJOUL
Cliniques Obstétricales	VARANGOT
	(LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique Ière Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd.Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path.expérimentale et comparée	LENEGRE
Path.Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut.générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N..
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie Médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ CABROL	Pat.chir.	{ DUBOST
	{ DEBEYRE		{ FAUREL
	{ DELMAS		{ FLABEAU
	{ OLIVIER G.		{ GERMAIN
Ana.Path.	{ Melle GAU-	Pat.expéri-	{ GOSSET
	{ THIER V.		{ LAURENCE
	{ BUSSE		{ LORTAT-JACOB
	{ GOUYGOU		{ OLIVIER (Cl.)
Bactério- logie	{ CHRISTOL	Pat.expéri-	{ POILLEUX
	{ NEVOT		{ THOMERET
Biol.Méd.	{ BOURLIERE		{ VERNE (J.M.)
Chimie Méd.	{ ETTORI		{ MAURICE
	{ POLONOVSKI J.	Path.Méd.	{ LOEPER
Dermato-syph	{ DUPERRAI		{ BOUVIER
Embryologie	{ TUCHMANN		{ BOUDIN
Histologie	{ COUJARD		{ BRICAIRE
	{ N.	Pédiatrie	{ BRISSAUD
Hydrologie	{ CORNET		{ CASTAIGNE
Hygiène	{ BOYER		{ CONTE
	{ DEPARIS		{ DEROT
Mal.infect.	{ BASTIN	Pharmacol.	{ DOMART
Médecine) légale et du Trav.)	{ DEROBERT		{ LAMOTTE
	{ GAULTIER		{ LAROCHE
Neurochir.	{ HADENGUE		{ MACREZ
Neurologie	{ DAVID		{ MILLIEZ
	{ LHERMITTE	Physiol.	{ PEQUIGNOT
	{ GRASSET		{ PERRAULT
	{ LE LORIER		{ RAMBERT
Obstétrique	{ LEPAGE		{ ROYER
	{ MERGER	Physique)	{ THIEFFRY
	{ MORIN		{ TURIAF
	{ RAVINA		{ WOLFROMM
Ophtal- mologie)	{ ROBEY		{ POLONOVSKI Cl.
	{ BREGEAT	Pédiatrie	{ MOZZICONACCI
	{ DESVIGNES		{ JOSEPH
Orthopédie	{ JUDET	Pharmacol.	{ Melle LEVY
Oto-rhino- laryngol.)	{ AUBRY		{ BARGETON
	{ MADURO	Physiol.	{ DEJOURS
Parasito.	{ BRUMPT		{ PARROT
Parasito col.	{ CHABAUD	Physique)	{ DJOURNO
	{ ABOULKER		{ GOUGEROT
	{ BARCAT	Pneumo-phtis.	{ KREIS
	{ BAUMANN		{ BARUK
Path.chir.	{ CAUCHOIX	Psychiatrie	{ PICHOT

MM.
 Psych.infant.N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.
 Urologie..... KUSS
 Thérapeut..... CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.
 { AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.
 Urologie..... N...
 { DREYFUS
 Clinique M^{lle} { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
 Conservateur..... Melle GOICHON
 { Melles DUMATTRE
 Bibliothécaires..... { LE NOIR
 { LAURENT
 { QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs et
 qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A la Mémoire de mes Parents

A ma chère Femme



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur R. PIEDELIEVRE

Professeur de Médecine Légale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie nationale de
Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre
respectueuse gratitude.

Au Docteur Guy DUBEL

Chef du Service de Médecine à
l'Hôpital Central de Fresnes

Grâce à son accueil bienveillant,
j'ai pu pénétrer dans le monde
mystérieux qu'est la Médecine
Pénitentiaire.

Grâce à son enseignement pratique
de tous les jours, j'ai pu
assimiler très rapidement et le
sens et la technique de ce
travail, en apparence ingrat,
mais en réalité fort attachant,
que nous effectuons journalle-
ment à Fresnes.

Au Docteur Jean ALBERT-WEIL

Chef du Service de Cardio-Phtisiologie de
l'Hôpital Central des Prisons à Fresnes

Il a bien voulu me fournir le
sujet, me donner de nombreuses
observations cliniques, et
enfin me permettre d'utiliser,
comme base, son prochain livre
à paraître. De ce dernier,
j'emprunte, avec l'aimable
autorisation de son auteur,
de nombreux passages, car au
cours de mon travail, je me
suis aperçu qu'il était impossi-
ble d'exprimer ces idées avec
davantage de clarté et de jus-
tesse.

Au Docteur F. MASMONTEIL

Médecin-Chef et Chirurgien de l'Hôpital
Central de Fresnes

Qui ne nous a jamais refusé
son précieux temps ni sa
bienveillante attention.

Au Docteur R. TROTOT

Neuro-Chirurgien de l'Hôpital Central
des Prisons

Au Corps Médical de l'Hôpital Central des
Prisons.

LA SIMULATION MEDICALE
EN MILIEU PENITENTIAIRE

"La simulation ne se devine pas,
elle se démontre."

Costedoat.

PREMIERE PARTIE

--:

Généralités - Définition - Rôle et position du médecin en présence de la simulation

Le problème de la simulation revêt une grande importance non seulement en milieu pénitenciaire, mais encore en dehors de tout établissement répressif, chez les sujets en liberté.

Il est de nombreux cas tant dans la Médecine du Travail que dans la Médecine "tout court" où la simulation ou l'exagération d'un mal ou d'un trouble réel ou de leurs séquelles diverses, jouent un rôle non négligeable.

Etant donné l'étendue du problème des maladies simulées ou exagérées dont l'étude complète nous entraînerait loin de notre actuel propos, nous jugeons dès l'abord nécessaire de donner de la simulation une définition plus étroite qui limitera notre travail à un objet plus précis.

"On dit qu'il y a simulation toutes les fois qu'un sujet accuse un trouble objectif ou subjectif imaginaire dans le but d'induire volontairement et consciemment l'observateur

en erreur! Cette définition, inspirée de celles données par GILBERT-BALLET, par ROUSSY et par LHERMITTE exclut donc nettement de notre exposé les cas de simulation inconsciente et involontaire, qui sont d'ordre pathologique.

°°

Il est à noter qu'en simulant des troubles morbides, un grand nombre de sujets peuvent provoquer chez eux l'apparition de manifestations pathologiques très réelles, ou réveiller chez eux des affections plus ou moins latentes ou stabilisées. Cette coexistence possible des symptômes simulés et des symptômes réels vient encore assez compliquer un problème diagnostique déjà fort ardu.

En milieu pénitentiaire, le problème de la simulation revêt des caractères particuliers : On se trouve là en présence d'une catégorie de personnes placées malgré elles dans un état de privation de liberté, soumises malgré elles à une discipline, à des conditions de vie, à des tâches particulières, et qui se trouvent ipso facto en opposition et parfois en lutte ouverte avec l'autorité qui les maintient dans leur actuelle situation.

Quel va être dans ces conjonctures le rôle des médecins des établissements pénitentiaires, ou des Hôpitaux des établissements pénitentiaires. Ce rôle est délicat et nécessite un tact tout à fait particulier.

Les médecins des Hôpitaux et Etablissements Pénitentiaires sont placés entre les détenus et l'Administration. Nous n'insistons pas sur les conditions d'intégrité absolue qui doivent rendre le personnel médical pénitentiaire rebelle à toute influence ou à toute tentative de séduction de la part de leurs clients, ou

des personnes ayant intérêt à les protéger, ou désirant leur obtenir des faveurs. A la vérité, les médecins des Etablissements et Hôpitaux Pénitentiaires ne doivent pas être les serviteurs de l'Administration, mais ils ne doivent pas non plus en être les ennemis.

L'Administration Pénitentiaire a une tâche difficile et ingrate. Elle doit maintenir le bon ordre et la discipline parmi les détenus qui lui sont confiés, mais elle doit veiller aussi à ce que la détention se fasse dans des conditions humaines; et que les postulats d'une certaine hygiène soient satisfaits.

Elle est prise parfois par les impératifs de la discipline ou du règlement. Nous devons dire qu'à Fresnes elle applique ces impératifs avec discernement et psychologie.

Elle a souvent besoin d'être informée de la santé des détenus. Le rôle du médecin des Hôpitaux et Etablissements Pénitentiaires est de soigner et de protéger les détenus qui sont vraiment malades. UN DETENU MALADE, POUR LE MEDECIN, N'EST PAS UN DETENU; IL EST UN MALADE QUI A DROIT A TOUTE SA SOLLICITUDE, A TOUT SON DEVOUEMENT. Un individu qui accomplit une peine déterminée doit être soigné, traité et suivi médicalement ; car la détérioration de sa santé en prison constituerait une aggravation de peine si des moyens thérapeutiques équivalents, ou même supérieurs, à ceux qui pourraient être mis en oeuvre à l'extérieur, n'étaient pas institués.

En l'état actuel des choses, l'Administration se montre des plus compréhensives, lorsqu'il s'agit de détenus malades, et elle est fort attentive aux suggestions que le médecin traitant avec lequel elle prend souvent contact peut avoir à formuler concernant le régime

et la destination pénale d'un sujet malade.

Mais l'Administration ne veut pas être dupe et elle a raison. Le Médecin des Hôpitaux et Etablissements Pénitentiaires doit se faire respecter par l'Administration, mais il doit lui inspirer confiance par sa loyauté absolue et sa compétence.

Il doit aussi inspirer confiance par sa loyauté, son équité et sa compétence au détenu malade. A ce sujet, nous citons un passage du livre à paraître du Dr. J. ALBERT-WEIL :

"D'aucuns diront avec ironie que les médecins des Hôpitaux et Etablissements Pénitentiaires sont dans une situation comparable à celle des équilibristes dansant sur la corde raide ! Eh bien, Non ! Tout se passe, à Fresnes tout au moins, le mieux du monde, et le plus souvent sans heurts.

Les conditions suivantes doivent être respectées :

1° Le détenu malade doit avoir le sentiment qu'il est soigné et suivi par des médecins qui s'intéressent à lui et le traitent en malade.

2° Il doit avoir le sentiment que les troubles morbides réels qu'il peut présenter sont pris et seront pris en considération.

3° Il doit avoir confiance en la science et la conscience professionnelle de ses médecins traitants.

4° Il doit toutefois se rendre compte aussi que ses tentatives de simulation ou d'exagération morbide seront tôt ou tard percées à jour par des médecins compétents en leur art.

Mais, direz-vous : "Ce n'est pas se montrer favorable aux détenus que de déceler leurs simulations, c'est pour le médecin " se mettre au

service de l'Administration !"

En aucune façon ! Le médecin traitant, en milieu pénitentiaire plus encore qu'en tout autre milieu, doit pour conserver son autorité, pour conserver la confiance de ses malades, "ne jamais perdre la face". Il peut se montrer quelquefois, souvent même, consciemment indulgent, il ne doit jamais faire apparaître qu'il est une dupe. Le dépistage de la simulation constitue donc la condition nécessaire et indispensable du bon fonctionnement des services sanitaires et hospitaliers dans les établissements pénitentiaires, la condition de l'existence d'un lien de confiance entre les détenus malades et leurs médecins d'une part, entre l'Administration et les médecins d'autre part."

Dans son beau livre "De la Souffrance à la Pensée", M. Jean ALBERT-WEIL a démontré le rapport étroit existant entre le comportement d'un délinquant adulte et celui d'un mineur "normal". Et il conclut :

"Les délinquants sont souvent des "mineurs prolongés" pour des secteurs déterminés d'eux-mêmes. C'est pourquoi vis-à-vis d'eux comme vis-à-vis des enfants, il importe de déceler toute fraude. Le dépistage de la simulation par les médecins ne constitue donc pas une mesure de police vis-à-vis des détenus, il est au contraire un acte dans une certaine mesure éducatif. Il est la condition "sine qua non" de la conservation du prestige et de l'autorité du médecin traitant, et de la confiance qu'il peut inspirer. Il est en outre un acte conforme à l'équité."

Nous nous excusons de ces prémices un peu longues, mais nous avons jugé nécessaire, avant d'étudier les cas proprement dits de maladies simulées, de justifier à tous points de vue

l'attitude et le comportement du médecin dé-
pistant la simulation.

Le dépistage des maladies simulées est donc
non seulement légitime, mais encore nécessai-
re.

°°

Classification - Méthode d'examen des sujets
suspects de simulation.

On peut classer les cas de simulations mor-
bides en deux grandes catégories :

1° Cas de fausses maladies créées de toutes
pièces.

2° Cas d'exagération ou de prolongation de
troubles préexistants.

Nous placerons en outre dans cette dernière
catégorie les cas de sujets imputant sciemment
et à tort à une cause erronée des troubles ou
séquelles morbides réels qu'ils peuvent actuel-
lement présenter (Troubles existant souvent
avant la cause prétendument invoquée : cas
notamment de la hernie attribuée faussement à
un effort de travail, d'un diabète mis sur le
compte d'une contusion violente, cas d'adhéren-
ces pleurales dues à une ancienne pleurésie et
présentées comme la conséquence d'une fracture
de côte, etc...). Enfin, nous placerons dans
une catégorie à part les maladies véritables
artificiellement provoquées (cas, par exemple,
d'une pleurésie purulente provoquée par une
injection septique dans la plèvre).

°°

On peut dire que la recherche de la simula-
tion constitue une excellente école diagnostique
et clinique.

Tout syndrome absolument particulier, qui "ne colle pas" avec les données établies de la pathologie "classique", doit paraître a priori suspect : une tachycardie extraordinaire et variable selon les heures ou les jours, des vomissements "sine materia", une anémie sans lésion organique et sans signe de perniciosité, une paralysie étrange sans signes objectifs, des douleurs curieuses, etc..

De toutes façons, dans tous les cas, il sera absolument nécessaire de pratiquer un examen approfondi, en s'aidant, quand cela sera utile, de tous les moyens modernes d'investigation : Examen radiologique, examens de laboratoire, examen électrique, examen du fond d'oeil, électrocardiogramme, électroencéphalogramme, etc... etc... Il ne faudra pas non plus tomber dans le travers de prendre pour des simulateurs des sujets atteints d'affections bien réelles, non provoquées et non "exagérées", mais atypiques.

C'est le plus généralement pour n'avoir pas consacré assez DE TEMPS à l'interrogatoire et à l'examen que l'on peut être conduit à prendre pour de fausses allégations des symptômes réellement justifiés. L'interrogatoire doit être méthodique et complet, en revenant à plusieurs reprises sur les points paraissant acquis.

L'exagérateur accuse une psychologie spéciale : il exagère souvent d'abord les commémoratifs, ensuite les conséquences de son affection. Sa conviction paraît si sincère que des médecins non avertis pourraient se laisser émouvoir. Un peu d'expérience fait la part des choses dans ces récits chargés de détails attristants avec parfois un illogisme puéril. Mais il faut toujours écouter le patient avec bienveillance et ne pas lui montrer dès le début qu'on devine ses exagérations intéressées.

De même, il faut veiller à ne pas faire son éducation médicale au cours de l'interrogatoire et ne pas lui laisser comprendre dans quel sens il doit répondre aux questions.

Il sera utile de faire parfois des examens inopinés. C'est parfois le seul moyen vraiment opérant, par exemple dans certains cas d'albuminuries simulées : Van Leersum a rapporté un cas d'albuminurie simulée avec du blanc d'oeuf que le pseudo-malade versait dans son vase ; des examens répétés de l'urine énise chaque fois par le malade devant le médecin permettront de dépister la supercherie.

Dans les Etablissements et Hôpitaux Pénitentiaires, la connaissance de la situation pénale du sujet aidera souvent au diagnostic de la simulation : Des détenus ont intérêt parfois à simuler des affections au cours d'une instruction pouvant tourner en leur défaveur, ou plutôt au moment de comparaître devant le Tribunal. La possibilité d'être porté sur civière devant le Tribunal est particulièrement appréciée. Il y a quelques années, les médecins des Hôpitaux Pénitentiaires, auxquels il appartient de décider si la comparution "sur brancard" est ou non justifiée, se montraient assez libéraux en cette matière. Mais il s'est produit un jour l'incident suivant : Un détenu comparut, grabataire et faible, étendu sur une civière, devant le Tribunal. Emus de compassion, les Juges l'acquittèrent, ou le condamnèrent à une courte peine entraînant sa libération immédiate, compte tenu du temps qu'il avait passé en détention préventive. A peine la sentence était-elle prononcée, l'on vit notre homme se lever tout guilleret de son brancard, remercier le Tribunal, et gagner la sortie de la salle d'audience bien planté sur ses jambes. Cette désinvolture ne fit pas bon effet. Ce délinquant, traître à tout esprit de solidarité, fit du tort à ses collègues. Depuis ce malheureux

épisode, les transports en brancards devant le Tribunal ne sont plus accordés qu'en cas de nécessité absolue. Il existe donc des "maladies prémonitoires des comparutions". Un médecin averti en a vite l'expérience et il sait "les guérir à temps".

° ° °

Est-on autorisé, afin de tenter de déceler une simulation, à pratiquer chez un détenu une sub-narcose au Penthotal ?

Le problème de la narco-analyse a déjà fait couler beaucoup d'encre. En fait, pour nous, il s'agit plutôt de narco-diagnostic, à appliquer dans certains cas où la clinique ne peut s'appuyer sur des signes objectifs (p. ex. douleurs alléguées, incontrôlables par les moyens diagnostiques habituels). Ces cas se situent tout à fait en dehors des polémiques soulevées par le soi-disant "sérum de vérité". Par le narco-diagnostic, nous cherchons à obtenir non pas une réponse catégorique concernant l'authenticité du symptôme contesté (nous savons que c'est tout à fait exceptionnel), mais plutôt à connaître plus profondément le contexte psychologique auquel ce symptôme se rattache. Le Pr. LHERMITTE, pourtant catégoriquement opposé à la narco-analyse, a déclaré : "Jamais aucun médecin n'a élevé la moindre objection contre ce qu'on appelle le narco-diagnostic ; en pratique judiciaire, il est impossible de ne pas le faire dans certains cas."

° ° °

Moyens pour dépister la simulation de symptômes isolés.

Voici maintenant quelques bons moyens pour dépister la simulation de symptômes isolés :

Diagnostic de la douleur simulée :

Circonscrivez la zone prétendument douloureuse avec un crayon dermatographique. Examinez les autres régions et à plusieurs reprises comptez le pouls du malade. Appuyez alors fortement avec un ou deux doigts sur la région douloureuse et comptez le pouls. Si la pression est vraiment douloureuse, le nombre de pulsations augmente de vingt à trente. Tel est le signe de Mannkoff ; il est infidèle, mais quand il existe, on peut admettre la réalité de la douleur.

Les douleurs articulaires sont toujours accompagnées de contractures réflexes. Une articulation n'est pas à la fois mobile et douloureuse.

Diagnostic d'une paralysie flasque simulée :

Constatez l'absence de toute lésion apparente du membre, de tumeur à sa racine, d'altération du squelette et des articulations, de modifications de la peau, de cyanose ou de refroidissement local. Explorez la sensibilité à ses divers modes et l'état des réflexes. Pratiquez la mensuration qui ne décelé guère qu'un très léger degré d'atrophie due à l'inaction prolongée des muscles (Il est à noter que nous avons personnellement observé chez un détenu qui simulait depuis plusieurs années une paraplégie des membres inférieurs une importante atrophie musculaire au niveau des cuisses et des jambes ; les examens électriques étaient absolument normaux. Ce détenu ayant tenté de s'évader en compagnie de quelques autres prisonniers, fut dans l'impossibilité absolue de se tenir sur ses jambes plus que sur une longueur de quelques mètres).

L'absence de tout trouble de la sensibilité (anesthésie, hyperesthésie, douleur profonde) permet d'éliminer à peu près à coup sûr la paralysie hystéro-traumatique.

Il faut alors pratiquer l'examen électrique des muscles et des nerfs prétendus paralysés pour chercher la R.D.

Lorsque l'examen électrique est négatif et ne décèle aucune différence entre le mode de réaction des nerfs et des muscles du côté sain et du côté prétendu paralysé, et qu'il n'existe ni troubles de la sensibilité, ni troubles des réflexes, ni atrophie musculaire (notons cependant que des anomalies de divers ordres peuvent se produire à la longue si la simulation et l'immobilisation par simulation se prolonge pendant des mois ou même, comme nous l'avons observé, pendant des années) on peut en conclure que rien ne justifie l'abolition de la motilité volontaire.

DEUXIEME PARTIE

-!-

Etude de cas cliniques

Il nous semble maintenant, plus évocateur d'exposer divers cas de maladies simulées qu'il nous a été donné d'observer, et de rendre compte éventuellement à propos de chacun de ces cas des moyens mis en oeuvre pour arriver au diagnostic de la simulation (Nous laisserons de côté la plupart des affections relevant de la pathologie chirurgicale).

A/- Appareil digestif :

Angine diphtérique : Il y a quelques années, arrivait à l'Hôpital Central des Prisons à Fresnes, un malade fébrile, porteur d'une angine, venant de la prison de la Santé. A l'examen, on découvrait une angine à fausses membranes typiques, adhérentes, cohérentes. On constatait la présence d'adénopathies angulo-maxillaires. La température s'élevait à 38°5. Le patient accusait une asthénie intense. Sans attendre les résultats du laboratoire, on appliquait le traitement de la diphtérie : sérothérapie, anatoxine diphtérique, antibiotiques. Les jours suivants, plusieurs malades arrivèrent dans le même état, et l'on aurait pu croire à une épidémie d'angines à bacilles de Klebs-Löffler. Mais:

- 1° Les examens de laboratoire donnaient un résultat négatif ;
- 2° Ces angines résistaient à la sérothérapie
- 3° Il n'y avait pas d'anémie.

4° L'appétit était excellent.

5° Le pouls battait à environ 70.

On finit par connaître le fin mot de l'affaire : des brins de paille étaient enflammés avec lesquels on se cautérisait amygdales et piliers, d'où : production de fausses membranes (exsudat fibrineux coagulé), adénopathies, élévation thermique modérée.

Mais, en voulant trop bien faire, et surtout en multipliant les cas, les simulateurs se trahirent.

Ulcère gastrique et duodénal :

Il peut être intéressant pour certains détenus de présenter des signes radiologiques indiscutables d'ulcère gastrique. Voici comment ont procédé (rarement à la vérité) certains prévenus ou certains condamnés :

Matériel : un morceau de papier d'étain
un bout de fil de 50 à 70 cm.

Au moment de l'examen le sujet avale en même temps que la bouillie barytée un morceau de papier d'étain de petites dimensions attaché par un fil fixé à une dent.

Sur les clichés gastriques, on obtient une image plus sombre, fixe sur tous les films, pouvant simuler une niche.

En fait, il faut se montrer très circonspect en présence de tout détenu accusant des troubles gastriques ou intestinaux.

Vomissements :

Nous avons eu la bonne fortune d'avoir dans notre service un malade qui "jouissait" de la curieuse propriété de vomir à volonté et sans l'intervention d'agents émetisants et de rejeter avec abondance devant le médecin tous les aliments qu'il avait ingérés. Des examens cliniques, radiologiques et de laboratoire ne décelèrent chez ce sujet aucune anomalie digestive, neuro-cérébrale, hépatique ou rénale. Le sujet,

vieux "cheval de retour" de la détention, ne vomissait qu'afin de se maintenir à l'Hôpital, ou afin d'y rentrer à nouveau. Ses vomissements cessèrent tout à fait lorsqu'après deux mois de mise en observation, il fut définitivement renvoyé de l'Hôpital et replacé dans sa cellule de division.

Hémorragie intestinale et Rectite hémorragique:

Il faut autant qu'il est possible supprimer le savon chez tout sujet présentant une hémorragie intestinale qui ne fait pas sa preuve. L'ingestion de savon provoque aisément une hémorragie intestinale.

Pour simuler une rectite hémorragique, on peut se ponctionner une veine et s'injecter dans le rectum le sang recueilli citraté ou non. Au toucher rectal, le doigtier revient ensanglanté ; on peut aussi par ce procédé présenter une crise à grand spectacle de rectite hémorragique avec évacuation plus ou moins abondante de sang par le rectum. Bien entendu ce "symptôme" ne résiste pas à la rectoscopie, mais il permet de passer quelque temps à l'Hôpital.

Diarrhée :

L'ingestion clandestine d'une purge drastique ou l'injection d'alun dans le rectum et le gros intestin pourra provoquer une diarrhée sévère.

Appendicite :

Il s'agit là d'une affection relativement facile à simuler, mais qui pose pour le médecin un problème parfois angoissant. Le diagnostic d'appendicite est déjà dans un nombre important de cas un diagnostic difficile en clientèle libre et privée. Il l'est a fortiori en milieu pénitentiaire. On ne sait jamais si les signes subjectifs décrits par le malade sont vrais ou faux. Quant aux signes objectifs, ils peuvent être dans certains cas très discrets. La souplesse de l'abdomen, l'absence d'élévation thermique, l'absence d'hyperleucocytose ne permettront pas dans beaucoup de cas d'éliminer formellement le

diagnostic d'appendicite. Il vaudra mieux en tout état de cause faire opérer lorsque cela sera possible un sujet indemne d'appendicite que de ne pas faire opérer un malade qui en est atteint. Toutefois, dans certains cas, le médecin par trop anxieux, risque de devenir le complice du détenu "malade" comme cela est arrivé dans un procès récent où l'accusé, en liberté provisoire, s'est fait opérer de l'appendicite deux jours avant sa comparution devant le Tribunal. La pièce anatomique, selon l'expert désigné, ne confirma nullement la nécessité d'intervenir d'urgence. Or, quelques jours après cette intervention, l'accusé a pris la fuite et n'a pu être condamné (à mort) que par contumace.

Nous avons observé un Nord Africain manifestement simulateur qui à de nombreuses reprises et durant plusieurs mois, sans en souffrir autrement d'avantage appelait à son chevet le Médecin ou l'Interne pour une crise abdominale avec douleur au point de Mc Burney étiquetée par lui : Appendicite. Ce sujet savait ne contracter qu'un seul Grand Droit de l'abdomen : le droit !

Ictère :

L'ingestion de 0,30 g à un gramme d'acide picrique colore les téguments en jaune, mais ne colore pas les conjonctives. Les réactions des sels et acides biliaires font défaut dans les urines.

On a pu simuler des ictères par ingestion de Gonacrine, ou ingestion excessive de comprimés de Quinacrine, pratique qui peut ne pas être sans danger.

B/- Appareil cardio-vasculaire :

Tachycardies :

On peut provoquer une tachycardie par ingestion d'Ephédrine.

Le fait de fumer de l'Aspirine mêlée au tabac provoquerait fièvre et tachycardie. Une décoction de nicotine produirait le même effet.

Un moyen simple de provoquer une accélération des battements du coeur est le suivant : Rester au lit ; lorsque le médecin vient prendre le pouls, décoller de un à deux centimètres les talons du plan du lit. L'effort fourni a pour effet d'accélérer le coeur ; le pouls bat de 120 à 130 dans certains cas.

Toute tachycardie sinusale d'origine indéterminée doit être considérée comme suspecte. Il nous a été donné d'observer par exemple les deux cas suivants :

°°°

Histoire de D...

D..., repris de justice, 45 ans environ, condamné pour divers délits à 12 ans de travaux forcés. Hospitalisé au Service de Cardio-Phtisiologie de l'Hôpital Central des Prisons. Présente depuis de nombreux mois une tachycardie permanente à 120-130, parfois davantage, accompagnée parfois d'élévation thermique. Se dit ancien rhumatisant. Présente au membre inférieur gauche une séquelle d'Ostéomyélite ancienne du tibia gauche et d'ostéo-arthrite aiguë du genou gauche, ayant entraîné amyotrophie, ankylose du genou gauche, et raccourcissement notable du membre inférieur gauche.

De nombreux électrocardiogrammes pratiqués antérieurement et récemment n'ont montré chez ce patient qu'une tachycardie sinusale sans autre anomalie.

La Tension Artérielle est normale. Le Coeur et l'aorte sont normaux à l'auscultation et à l'examen radioscopique.

Réflexe oculo-cardiaque : Pas de modification observée des battements cardiaques après pression sur les globes oculaires.

Les traitements les plus divers sont tentés sans succès : tartrate d'Ergotamine, solution de digitaline au millième à faibles doses, sédatifs nervins, sulfate de quinidine, salicylate et gentisate de soude , etc...

Durant une courte période, on tente de traiter le sujet par des injections intramusculaires de un gramme tous les deux jours de di-hydro-streptomycine. Miracle ! Le pouls tombe de 130 à 140 à la minute à 80 à la minute ! Les médecins traitants, prodigieusement intéressés par cette "nouvelle application" de la D.H.Streptomycine incriminent un moment un "Tuberculinisme larvé facteur de tachycardie"! Il leur faut, hélas, bientôt déchanter : En effet, au bout de quelques jours, l'amélioration constatée ne persiste pas. La tachycardie reprend de plus belle, cependant que l'état général du sujet demeure excellent.

On soupçonne alors la simulation, mais les recherches et la surveillance la plus minutieuse ne permettent pas de déceler le procédé ou l'agent médicamenteux employé pour déclencher et entretenir la tachycardie.

Sur ces entrefaites, il se produit dans la salle même où est hospitalisé D..., chez un autre malade nommé Lé..., qui avait présenté antérieurement un infarctus du myocarde manifeste, objectivé encore actuellement par des anomalies électrocardiographiques indubitables d'ischémie myocardique d'origine coronarienne et de séquelles d'infarctus (T négatif en DI, décalage supérieur de ST, etc...), une crise de tachycardie paroxystique extrêmement grave, suivie d'un collapsus cardio-vasculaire et de chute tensionnelle. On a toutes les peines du monde à tirer par une thérapeutique appropriée le malade de ce mauvais pas (un électrocardiogramme pratiqué ultérieurement ne décèle pas chez Lé... de nouvel infarctus myocardique).

On apprend alors par une voie indirecte que

D... a fait parvenir à Lé... une "poudre" (poudre d'extrait thyroïdien probablement ?) que ce dernier a absorbée... au péril de sa vie.

A la suite de cet incident, D... est immédiatement expulsé du service et renvoyé en cellule ordinaire de division.

Depuis cette époque, nul n'entend plus parler de "la grave et persistante tachycardie" que D... a jusqu'alors présentée.

o

Nous avons observé par ailleurs un cas de tachycardie persistant à 130/150 pulsations à la minute chez un jeune dévoyé, coupable d'attaque à main armée, sujet hyperémotif, mais sans signes d'hyperthyroïdie. Ce détenu, non encore condamné, avait grand intérêt à demeurer à l'Hôpital et à se faire passer pour atteint de cardiopathie. Mais tous les examens cliniques, biologiques et radiologiques étaient chez lui négatifs. L'anamnèse ne donnait aucun antécédent rhumatismal ou autre. L'électrocardiogramme ne décelait qu'une tachycardie sinusale banale. Cette tachycardie disparut totalement et définitivement après la mise en cellule d'isolement de l'intéressé sous surveillance médicale.

Angor Pectoris :

Il s'agit de syndromes d'interprétation souvent très difficile et qui posent parfois au médecin des Hôpitaux Pénitentiaires des problèmes ardu, parfois même angoissants : Quand des sujets présentent des symptômes cardio-vasculaires cliniques, radiologiques et électrocardiographiques indiscutables, on est autorisé dans la plupart des cas à accorder un grand crédit aux manifestations douloureuses de caractère angineux accusées par les malades.

Quand sans aucun signe clinique, radiologique ou biologique, il existe chez des sujets

des anomalies électrocardiographiques indiquant un infarctus ou une séquelle d'infarctus ou un certain degré d'ischémie myocardique d'origine coronarienne, ou certains troubles de la conduction intracardiaque (bloc de branche par exemple), on pourra aussi sans grande discussion accorder un certain crédit à des douleurs angineuses accusées à tort ou à raison par les intéressés.

Mais il est des cas où des sujets accusent des douleurs angineuses plus ou moins vives, alors que les signes cliniques, radiologiques, biologiques, électrocardiographiques (et même électrocardiographiques après effort, épreuve qu'il faudra toujours pratiquer dans les cas douteux) sont chez eux entièrement négatifs.

L'interrogatoire de tels patients est évidemment sujet à caution. Certains d'entre eux particulièrement bien informés content qu'ils ont présenté antérieurement un syndrome plus ou moins typique d'infarctus du myocarde avec modifications électrocardiographiques. Quelques-uns même produisent des attestations médicales.

Que croire ? Personne n'ignore qu'il est des cas relativement nombreux d'angor pectoris qui ne se manifestent en dehors des crises par aucun signe cardio-vasculaire et aucune modification des tracés électrocardiographiques. (Il existe même des infarctus myocardiques s'étant produits sans angor, et des ischémies myocardiques d'origine coronarienne n'ayant jamais donné lieu à des crises angineuses).

On conçoit combien la tâche des médecins des Hôpitaux et Etablissements Pénitentiaires peut être délicate lorsqu'ils se trouvent en présence d'un détenu accusant sans aucun autre signe clinique, radiologique, biologique ou électrocardiographique des douleurs subjectives de caractère angineux. Dans de telles conjonctures, chaque sujet doit être mis après avoir subi toutes les investigations nécessaires en observation à l'Hôpital Pénitentiaire pendant un

certain laps de temps. Si après cette période d'observation aucun fait nouveau ne s'est produit, le sujet sera renvoyé en cellule de division, s'il est prévenu, ou suivra sa destination pénale, s'il est condamné. Mais dans tous les cas son dossier médical le suivra, et il demeurera dans tous les cas sous surveillance médicale.

Lorsque cela sera nécessaire, des travaux pénibles lui seront évités. Parfois l'envoi dans un établissement pénitentiaire comportant un climat plus doux pourra être envisagé.

A propos d'angor pectoris et de la difficulté de son diagnostic du point de vue de la simulation médicale, nous relaterons l'histoire de deux détenus dont l'un était manifestement un "aimable farceur" mais dont l'autre, hélas, disait la vérité :

°°°

Histoire de BO...

BO... 49 ans, déjà plusieurs fois condamné, se plaint de vives douleurs à la région précordiale irradiant au bras gauche, survenant à l'effort, souvent aussi en dehors de tout effort, parfois même la nuit.

Aucun antécédent n'est à signaler, si ce n'est une syphilis ancienne qui fut bien traitée. Sérologie et test de Nelson : négatifs.

A l'examen : sujet floride au teint bien coloré, doté d'un certain embonpoint. Coeur, poumons : normaux cliniquement et radiologiquement. Tension artérielle : 140 Mx/95 Mn. Appareil digestif, foie, rate : normaux. Système nerveux : normal. Urines : normales.

Electrocardiogrammes (répétés) : absolument normaux dans toutes les dérivations. Urée sanguine : normale. Vitesse de sédimentation : normale.

BO... fait des séjours assez longs dans les

services médicaux de l'Hôpital Central des Prisons. Il se plaint toujours à chaque visite médicale de vives douleurs angineuses et il affecte de ne pouvoir se livrer sans douleur à aucun effort.

Libéré après une longue détention, il est perdu de vue pendant deux ans environ. Il vient d'être arrêté de nouveau avec des complices après une série de vols avec effraction dans la banlieue parisienne.

Ses "douleurs angineuses" ne lui avaient causé aucune gêne pour ses expéditions nocturnes.

Histoire de Gel...

Gel... n'était pas un criminel d'habitude, et il n'avait jamais été antérieurement condamné. Il était en détention préventive pour avoir tué une ancienne maîtresse, de moeurs d'ailleurs légères, qui le soumettait à un chantage, menaçant, faute pour lui de céder à ses exigences financières sans cesse renouvelées, de porter atteinte à l'honneur et à la réputation d'une tierce personne. C'était un homme de 40 ans d'origine russe. Il racontait avoir fait partie de la Résistance et avoir présenté une première atteinte angineuse alors qu'il appartenait au maquis du Vercors. Il aurait présenté ultérieurement de nouvelles poussées angineuses, et aurait été traité par le Professeur MOUQUIN. Celui-ci aurait constaté chez Gel... des signes électrocardiographiques pathognomoniques de séquelles d'infarctus myocardique.

Actuellement et depuis le début de son incarcération, Gel... se plaignait de douleurs fréquentes à la région précordiale avec irradiations au bras gauche.

L'examen clinique, radiologique, biologique, se révéla être chez Gel... absolument négatif. Un électrocardiogramme fut pratiqué. Le résultat de cet examen fut qu'aucune anomalie électrocardiographique typique ne fut constatée. "On

ne pouvait éliminer la possibilité d'un infarctus antérieur, mais il n'en demeurait en somme aucune trace visible actuellement".

Après avoir gardé Gel... dans notre service pendant près d'un an, et lui avoir administré divers sédatifs nervins, nous finîmes par douter de la véracité de ses affirmations et nous le renvoyâmes en cellule de division où il continua d'ailleurs à être soumis à une surveillance médicale constante.

Gel... après près de deux ans de détention préventive passa devant les Assises. Condamné à deux ans de prison, peine couverte par la détention préventive, il fut libéré le soir même.

Deux jours plus tard il entra à l'Hôpital Cochin, et il décédait le troisième jour après sa libération, vraisemblablement d'un nouvel infarctus du myocarde !

o

Troubles du rythme cardiaque décelables à l'électrocardiogramme :

Il est possible théoriquement de provoquer des anomalies électrocardiographiques par ingestion d'Ephédrine ou d'Aleudrine, voire même de Digitaline. Mais ces modes de simulation sont rarement pratiqués.

Hypertension artérielle :

Il est pratiquement très difficile avec les moyens dont disposent les détenus de provoquer l'apparition d'une hypertension artérielle. A fortiori il est impossible de simuler une hypertension. L'ingestion prolongée d'éphédrine ou d'ortédrine ou d'hormones cortico-surrénales serait susceptible de provoquer à la longue l'apparition d'une hypertension transitoire ou permanente. Encore faudrait-il que les intéressés disposent d'éphédrine ou d'ortédrine, ou de cortisone ou de ses dérivés en quantité suffisante.

C/- Maladies du Sang :

Anémies : Anémie perniciieuse :

Obs. I

Un détenu politique présentait une anémie sévère, accompagnée d'une leucopénie marquée. Aucun traitement ne réussissait :

Après plusieurs mois, on découvrit :

1° que le malade achetait à la cantine un nombre élevé de boîtes d'allumettes.

2° qu'il s'agissait d'un ancier artificier.

L'interdiction de "cantiner" des allumettes amena la guérison : en effet le malade absorbait leur phosphore.

Histoire de Fa...

Cas 2 : En dépit des traitements prescrits, un détenu, Fa..., présentait des symptômes graves d'étiologie mystérieuse :

Tout d'abord, d'importants vomissements de sang, constatés par l'infirmière et de ce fait Fa... est hospitalisé.

L'hémogramme avait montré une leucopénie avec surtout anémie normochrome à 2.500.000 hématies qui descendit par la suite même à 2.000.000.

Il existait une température variable et capricieuse : lors de poussées fébriles à 38°5, parfois 39°, on constatait des sueurs, un tremblement généralisé et on décelait une tachycardie importante.

Le malade enfin se plaignait de troubles subjectifs multiples : faiblesse générale, troubles digestifs, inappétence, palpitations cardiaques, douleurs dans les membres, insomnies, etc... Les examens radiologiques répétés du tube digestif étaient normaux. Des mois durant, cette étrange maladie résista aux médicaments et aux médecins. Un expert fut appelé, médecin des Hôpitaux de Paris, spécialiste en hématologie. Ce dernier conclut à la présence de cellules

anormales dans le sang du malade et demanda pour lui une "grâce médicale". Hélas ! On découvrit un jour le secret de ce "malade" superbe :

Ce simulateur subtil, que sa simulation prolongée finit d'ailleurs par rendre fort malade et mit pendant un certain temps en grand danger "quoad vitam", possédait clandestinement une aiguille pour injections intraveineuses à l'aide de laquelle il se ponctionnait chaque jour et même peut-être plusieurs fois par jour une des veines du bras. Il recueillait son sang et l'avalait. Il lui était aisé ensuite de se faire vomir.

Les poussées fébriles étaient soit provoquées, soit dues à des infections surajoutées dues à l'état de faiblesse du patient et n'étaient alors jugulées que par les antibiotiques.

La tachycardie et le tremblement pouvaient s'expliquer comme étant une conséquence de l'anémie provoquée et de l'affaiblissement de Fa... Chez un tel sujet, le moindre effort (décollement subreptice des talons du plan du lit, par exemple) pouvait provoquer de la tachycardie. Il est à noter que les ponctions veineuses que se faisait Fa... passaient inaperçues : le malade recevait en effet moult injections intraveineuses, et il était parvenu à un état tel qu'il était devenu nécessaire de le "soutenir" par des transfusions sanguines répétées... etc...

Quoique simulateur notoire, Fa... obtint cependant sa "grâce médicale". Il sortit de l'Hôpital Central des Prisons encore fort mal en point ; en effet malgré toutes les thérapeutiques énergiques et suivies qui avaient été instituées, Fa... était encore à sa libération dans un état de faiblesse qui ne se montrait que lentement réversible. Comme quoi une trop "habile" simulation, si elle n'est pas précocement démasquée, peut avoir dans certains cas des conséquences fort graves pour l'intéressé lui-même.

D/- Affections broncho-pulmonaires et pleurales :

Fausse tuberculose créée :

Cracher est facile : acheter contre des cigarettes des crachats contenant des B.K. ne l'est pas moins. La difficulté est de pouvoir montrer à la radioscopie et à la radiographie des "lésions" qui justifient l'expectoration positive, la température, de créer en un mot ses "signes" de "tuberculose pulmonaire".

La difficulté a été résolue avec brio (fort rarement, il faut l'avouer, et dans des cas tout à fait exceptionnels).

Pendant huit jours, avec de la poudre de plomb fournie par l'un des tuyaux de l'Administration, le "futur bacillaire" frotte avec patience l'une de ses régions sous-claviculaires, à moins que ce soit l'une et l'autre. Après huit jours, il se lave. Il ne demeure sur la peau aucune trace visible, mais à l'examen aux Rayons X, on constate la présence d'un infiltrat arrondi sous-claviculaire, qui donnerait la certitude de l'atteinte pulmonaire si l'on ne prenait la précaution de demander un cliché de profil et des tomographies ; sur le cliché de profil et sur les tomographies en effet l'image suspecte n'apparaît point.

Autres méthodes : fumer du tabac huilé ??

Respirer du lipiodol ??

Se badigeonner les épaules avec de la "colle de riz" serait, paraît-il, efficace ??

Tuberculose pulmonaire apparemment aggravée :

Beaucoup plus fréquents que les cas de "fausses tuberculoses" créées de toutes pièces sont les cas de tuberculose véritable apparemment aggravée : de nombreux sujets, tuberculeux pulmonaires avérés, mais le plus souvent stabilisés ou peu évolutifs dans l'attente d'une comparution devant le tribunal, ou au cours d'une instruction, ou dans le but d'obtenir une "liberté médicale", une

"grâce médicale" ou une réduction de peine, se font maigrir en réduisant leur nourriture, voire même en ne mangeant pas. Il appartient au médecin traitant et à ses assistants, Internes, etc... ainsi qu'au personnel soignant, de déjouer et de faire cesser dans la mesure du possible ces pratiques qui peuvent être grandement préjudiciables à la santé des malades eux-mêmes.

Les malades ayant une expectoration bacillifère sont en général séparés des malades n'ayant pas de B.K. dans leurs crachats. Il est néanmoins relativement facile dans certains cas "d'emprunter des crachats" et de faire constater une expectoration fortement "positive", alors que les signes cliniques, radiographiques et tomographiques, la vitesse de sédimentation des hématies sont en désaccord total avec une telle constatation. Il appartiendra au médecin de faire procéder avec soin à toutes les vérifications nécessaires, qui, le plus souvent, permettront de démasquer la supercherie.

Hémoptyxies :

Il est relativement facile à des tuberculeux avérés de provoquer des "hémoptyxies" en se piquant les gencives ou les amygdales.

Pleurésies purulentes et abcès pulmonaires provoqués :

Nous avons observés plusieurs cas de pleurésie purulente (voire même de pleurésie putride) ou d'abcès pulmonaire provoqués par injection dans la plèvre ou dans le poumon d'un produit septique, le plus souvent d'une émulsion de matières fécales. Il ne s'agit plus ici à proprement parler de maladies simulées, mais d'affections provoquées de caractère de haute gravité. Les quelques cas que nous avons observés guérissent cependant grâce aux antibiotiques, au sérum antigangréneux et souvent à la suite d'une intervention chirurgicale évacuatrice.

Histoire de Var...

Un de nos malades nommé Var..., 26 ans environ, accusé de meurtre, tuberculeux pulmonaire, présenta tout à coup un abcès localisé à la base du poumon droit, sans participation pleurale, abcès plus que probablement provoqué, bien que nous n'ayions pu obtenir la preuve de cette provocation. Tout un ensemble de faits, l'état antérieur de Var... sa situation pénale et la grave inculpation dont il était l'objet, ses relations avec un autre détenu, personnage inadaptable, condamné aux travaux forcés à perpétuité, et coutumier des affections provoquées, pleurales ou autres. (Il devait bientôt payer de sa vie une dernière tentative imprudente qui se termina par un abcès du cerveau rapidement mortel), la survenue rapide de l'abcès pulmonaire alors que l'état pulmonaire antérieur était satisfaisant et que l'on n'avait noté aucun affaiblissement de la santé générale de Var..., tout nous incitait à soupçonner fortement la provocation. L'abcès pulmonaire de Var... ne put être réduit par le traitement médical. Une intervention (lobectomie) se révéla être difficilement praticable, et au demeurant Var... refusait l'intervention, son but étant d'obtenir sa mise en liberté. L'évacuation du pus se fit par des vomiques fractionnées.

Var... obtint sa "mise en liberté médicale" et fut transféré non guéri à l'Hôpital Cochin dans un état général très altéré.

E/- Affections générales :

Fièvre : Procédés divers pour se donner de la fièvre

Fumer de l'aspirine ??

Sé mettre une gousse d'ail dans le rectum??

Frotter le thermomètre.

Avoir deux thermomètres ; l'un d'eux est préparé à l'avance et c'est celui-là qu'on tend à l'infirmière.

F/- Manifestations allergiques

Les vraies manifestations allergiques sont relativement fréquentes parmi nos malades : poussées urticariennes, oedème de Quincke, intolérances alimentaires ou médicamenteuses, sensibilisations diverses, crises asthmatiformes aggravées par l'état carcéral. Toutefois des manifestations simulées peuvent aussi s'observer :

Oedème de Quincke :

Comment produire un "Oedème de Quincke" ? Piquer une aiguille pour injections intradermiques dans la face interne des joues près des commissures labiales. Souffler fort, bouche fermée. Il se crée un emphysème sous-cutané crépitant au doigt.

A la vue, cet emphysème sous-cutané ressemble à s'y méprendre à un oedème de Quincke. Le palper cependant permet le diagnostic différentiel.

Oedème simple :

Comment produire un oedème simple d'un membre inférieur ? Placer une pomme de terre dans le creux poplitée. Lier ensuite la jambe fléchie sur la cuisse. On observe le lendemain matin un volumineux oedème du membre inférieur.

Autre procédé moins fidèle : laisser pendre assez longtemps la jambe hors du lit.

Simonin signale la possibilité d'un "oedème traumatique" provoqué par "martelage" prolongé d'un territoire cutané.

G/- Maladies des reins :

Néphrite aiguë :

Pol... accuse des douleurs lombaires, des brûlures à la miction. La température rectale est de 38°. On demande un examen cyto-bactériologique du sédiment urinaire ; on trouve des hématies et des leucocytes en abondance. Les autres examens sont normaux. En réalité tout était simulé. Pol... s'était "piqué" un doigt

et avait laissé tomber une ou plusieurs gouttes de son sang dans ses urines.

Colique Néphrétique :

Dans le cas de colique néphrétique, la méthode employée par le simulateur doit en somme être la même. Mais le sujet doit accuser des douleurs lombaires plus vives encore de type descendant irradiant vers la partie inférieure de l'abdomen (points urétéraux inférieurs). En général heureusement le "malade" n'est pas assez "calé" pour "figoler" à ce point le tableau clinique.

Hématurie :

Une hématurie peut être simulée par le procédé dont nous venons de rendre compte. Une hématurie peut être évidemment un accident isolé qui ne se reproduit pas. On dépistera cependant la simulation en faisant uriner le sujet sous surveillance et en recueillant ses urines immédiatement. Ces urines seront, bien entendu, claires. La négativité de tous les examens cliniques, radiologiques (urographie intraveineuse etc...), biologiques (y comprise l'inoculation des urines au cobaye comme vérification à plus longue échéance) permettra dans la plupart des cas d'affirmer assez vite la simulation.

Ajoutons toutefois que la prise en doses excessives d'urotropine peut provoquer une hématurie vraie. Encore faut-il le savoir, et ne pas craindre de se créer réellement un processus de "réaction rénale".

Une purge avec du séné colore les urines en rouge ; mais dans ce cas, la ruse est facilement éventée.

Tuberculose rénale :

Il peut être intéressant lorsque l'on présente une tuberculose pulmonaire avérée en général peu évolutive, de simuler par surcroît une tuberculose rénale. Cette considération

n'a pas échappé à quelques uns de nos malades de l'Hôpital Central des Prisons. Ceux-ci ont donc soudain présenté des "hématuries" ou ont pour le moins émis des "urines bouillon trouble"; grâce à la "méthode" que nous venons d'exposer aux paragraphes précédents.

L'un d'eux, Le..., ancien tuberculeux pulmonaire, ayant fait ainsi constater à l'urologue des urines hématuriques et suspectes, a pu en imposer plusieurs mois au service malgré la série des examens qui furent successivement mis en oeuvre. Il montrait à chaque visite tantôt des urines plus claires (amélioration transitoire), tantôt des urines nettement troubles (aggravation). Il présentait alors le bocal d'un air désolé au médecin qui passait. Comme des examens cyto-bactériologiques des urines, étant donné l'encombrement des services qui régnait alors, ne pouvaient à l'époque être renouvelés chaque semaine ou plusieurs fois par semaine, la "purulence" des urines apparaissait "macroscopiquement", sans pouvoir être démentie tout au moins sur les échantillons d'urine présentés.

Le... que nous eûmes l'occasion de revoir une fois après sa libération nous l'avoua alors: il ajoutait périodiquement, quoique avec discrétion, du lait à ses urines !

H/- Affections dermatologiques :

On peut se produire des "irritations" de la peau, voire avec un peu de patience des lésions eczématisées en se frottant un territoire cutané avec du papier de verre, ou avec de la toile émeri, ou même avec une brosse dure. Un simple grattage persistant avec des ongles plus ou moins propres pourra amener des lésions de pyodermite, et à la longue l'apparition de zones nettement "lichénifiées".

Plaies vésicantes :

Pourront être produites par application de

farine de moutarde (ou d'huile de croton, mais ce dernier produit est rarement en la possession des intéressés), ou par application d'un caustique : solution de nitrate d'argent qui pourra produire un érythème et l'apparition d'une "dermatose bulleuse".

SIMONIN cite le cas d'une petite servante qui s'était provoqué des lésions cutanées par application d'un bouchon imprégné d'acide formique. Mais on ne constatait les lésions que sur les régions accessibles aux mains.

Dans certains cas, des sujets courageux n'hésiteront pas à se provoquer des brûlures par des procédés divers.

Des abcès artificiels pourront être provoqués soit par l'injection d'essence de térébentine, soit même par l'injection sous-cutanée de produits septiques ! (ils pourront alors dans ces derniers cas revêtir un certain caractère de gravité !)

I/- Affections des organes des sens :

Cécité :

Surtout simulée par les borgnes. Ger... se prétend aveugle, et trompe les spécialistes. Il est surpris un jour ramassant une épingle. Jusque là, la fixité extraordinaire de son oeil gauche (il était borgne de l'oeil droit à la suite d'un accident), la maladresse de ses mouvements avait abusé tout le monde.

Affections des oreilles :

Nous n'avons pas observé personnellement de sujets simulant surdité ou hypoacousie ou simulant des otites.

Nous avons relevé dans la littérature les cas suivants :

Société de Médecine Militaire Française,
Séance du 9 décembre 1937 : Otites provoquées dans un but de simulation : "Tout en reconnaissant la rareté de la "simulation créatrice" dans l'armée, M. P. RAYMOND relate plusieurs

cas d'otorrhée abondante observée chez des indigènes Nord-Africains et obtenue à l'aide d'un mélange irritant hypertonique.

J/- Affections du système nerveux :

J.A. CHAVANY note dans un de ses articles sur la simulation : "La neurologie offre d'avantage de débouchés à la simulation (que la psychiatrie). Toutefois, fausses paralysies, fausses contractures, fausses crises nerveuses sont vite tirées au clair grâce à l'absence de critères organiques habituels. Certains tremblements sont parfois plus difficiles à étiqueter. La mise en évidence de troubles objectifs des sensibilités superficielle et profonde doit être toujours sujette à caution: nous obtenons couramment dans ce domaine les réponses les plus abracadabrantes, en discordance complète avec le reste du tableau clinique, réponses de pure invention.

Mais la difficulté devient réelle avec les syndromes subjectifs douloureux, avec les névralgies et en particulier avec la plus fréquente d'entre elles : la sciatique, véritable cauchemar des neurologistes aux armées ; ici, en effet, les tests objectifs deviennent moins précis ou manquent totalement. L'observation patiente et renouvelée des sujets, la multiplication des épreuves éclairent parfois, mais non toujours, la situation. Il convient d'ailleurs de signaler que souvent en pareil cas, il ne s'agit pas de simulateurs totaux..., mais d'exagérateurs ou de persévérateurs."

Le cas le plus remarquable de sursimulation neurologique que nous ayons observé est celui du détenu Sa... qui, porteur d'une sérologie positive, essaya d'imiter les signes subjectifs de la série tabétique.

Sa... 48 ans, escroc (nous nous méfions tout particulièrement des syndromes présentés par les escrocs). Envoyé dans le service pour "dou-

leurs fulgurantes dorsales et lombaires, accompagnées de chute".

A l'interrogatoire, nous apprenons que ses douleurs existent depuis l'âge de 18 ans et qu'elles ont une durée variable de 10 minutes à plusieurs heures. Elles ont en outre la curieuse propriété de cesser après ingestion de rhum. Il aurait contracté la syphilis à 23 ans. Il aurait eu de nombreux traumatismes crâniens, mais sur son crâne chauve, on n'aperçoit pas la moindre cicatrice. Devant ce tableau un peu bizarre, nous pensons à la simulation, mais l'examen neurologique apporte quelques éléments positifs : un réflexe achilléen aboli, un Babinski douteux, un Romberg positif mais qui disparaît quand on distrait l'attention du sujet. Pas d'Argyll-Robertson.

Les réactions sérologiques sont toutes positives (Nelson 100 %, les réactions classiques positives avec 1 à 2 croix). Mais le liquide céphalo-rachidien est sensiblement normal : cytologie 2 élém., albumine 0,38, BW négatif, Nelson 2 %, Benjoin léger décalage vers la droite.

Par ailleurs, nous apprenons par une lettre du Dr FELD, neuro-chirurgien, que, déjà en 1953, il a été hospitalisé à Lariboisière pour des crises douloureuses épigastriques, sans aucun autre signe de la série tabétique. Par contre, on a pensé à la possibilité d'une hernie épigastrique. Puis, un jour, pendant la visite, nous avons l'occasion d'assister à une crise : les cris perçants, l'expression du visage, l'attitude théâtrale, etc..., tout cela "sent" la simulation. Nous commençons une série d'infiltrations paravertébrales avec du sérum physiologique locodolenti. Après la 3ème injection, le "malade" se dit guéri. Quand nous le traitons publiquement de simulateur, il ne proteste pas. Ensuite, devant une de nos infirmières, en parlant de nous, il déclare : "Il m'a eu, celui-là !"

Céphalées :

De nombreux détenus se plaignent de céphalées. Mais en dehors de tout signe objectif permettant d'assigner une cause précise à ces maux de tête, il est difficile dans beaucoup de cas de distinguer le vrai du faux. Dans tous les cas nous cherchons à éliminer, par les examens appropriés (EEG, fond d'oeil, etc.) l'étiologie la plus grave, la tumeur intracrânienne.

Paralysie des nerfs crâniens :

Un détenu prétendait présenter une angine s'accompagnant de paralysie du voile du palais. Il présentait effectivement une paralysie partielle du voile, mais il s'agissait d'une séquelle d'une poliomyélite datant de l'enfance qui avait laissé derrière elle également une parésie très discrète du membre supérieur droit.

Epilepsie :

Nous avons observé chez des détenus particulièrement "nerveux" des crises convulsives de toutes formes, parfois de type pithiatique, crises guéries rapidement par des injections intra-veineuses de cinq centimètres cubes "d'eau distillée". Ces "crises" ne s'accompagnaient jamais de morsure de la langue ou d'émission involontaire d'urine. L'électroencéphalogramme chez des sujets présentant de telles crises demeurerait toujours normal ou peu perturbé.

Il arrive assez souvent que des détenus se déclarent épileptiques et affirment avoir été soignés antérieurement pour des crises comitiales (Gardénal, Di-Hydan, etc..). Certains produisent des certificats médicaux. De tels sujets sont immédiatement mis sous surveillance médicale et le traitement antérieur leur est continué si les malades sont jugés dignes de foi. De toutes façons à Fresnes on fait toujours pratiquer chez cette catégorie d'individus un ou plusieurs électroencéphalogrammes. (Il existe à la Prison de Fresnes, au "Centre National d'Orientation" un remarquable service

d'Electroencéphalographie dirigé par le Dr VERDEAUX).

Paraplégie des membres inférieurs :

Histoire de DU... -

Nous avons déjà dans la première partie de ce travail parlé de ce détenu nommé Du..., récidiviste, plusieurs fois condamné, qui pendant cinq ans, demeura au lit, prétendant ne pas pouvoir mouvoir ses deux membres inférieurs. Soumis à des examens multiples cliniques, radiologiques (radiographies du rachis), biologiques (examen du L.C.R., hémogramme, V.S., etc...), électriques (recherche de la R.D.). Les réflexes tendineux étaient normaux. Pas de signes de Babinski. Du.. fut reconnu ne présentant pas le moindre signe pouvant expliquer la paraplégie dont il se disait atteint. Cependant, du fait de l'inaction prolongée du sujet, l'atrophie musculaire avait fini par être assez prononcée au niveau des masses musculaires des membres inférieurs. Hospitalisé à l'Hôpital de Nanterre, où il y a quelques années on avait affecté temporairement plusieurs salles à des détenus malades, salles dépendant de notre service, Du.. avait voulu se joindre à une tentative d'évasion mise en oeuvre par trois de ses co-détenus. Il put se lever en effet puisqu'il n'était pas vraiment paralysé et faire quelques pas. Mais les muscles atrophiés de ses membres inférieurs ne purent le soutenir et il s'écroula à un mètre de la fenêtre vers laquelle il se dirigeait!

Névralgie sciatique :

Il est assez facile de se prétendre atteint de névralgie sciatique. Encore faut-il avoir quelques notions sur la topographie du nerf sciatique et connaître le "signe de Lasègue". Il nous souvient d'un détenu, condamné à une longue peine, fraîchement arrivé de "Maison Centrale", qui se plaignait d'une vive douleur dans le territoire du nerf sciatique droit. Des examens divers étaient chez lui

négatifs. Mais surtout ce sujet ne connaissait pas le "signe de Lasègue". L'hyperflexion de la cuisse droite sur le tronc n'était pas chez lui douloureuse. Moul... "avait mal à contre-temps". Aussi ne fut-il pas admis dans le service.

K/- Troubles mentaux :

La simulation des maladies mentales est considérée par le grand public comme chose courante et facile. On racontera avec beaucoup de complaisance l'histoire de tel soldat ou détenu qui a "fait le fou" et a trompé ainsi tous les médecins.

Dans son rapport devenu classique au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de 1921, le Pr. A. POROT cite ZACCHIÀS qui au 17ème siècle considérait également la simulation mentale comme facile et courante. Mais les auteurs modernes, toujours selon A. POROT, la considèrent comme un phénomène tout à fait exceptionnel et n'admettent plus que le terme de "sur-simulation" créé par INGEGNEROS.

"Il y a cependant, dit POROT, de grosses discriminations à faire dans les faits taxés de simulation ou de sursimulation qui, malgré tout, existent, quoique rares, et ne s'observent que dans des circonstances ou des milieux spéciaux (délinquants et détenus, milieux pénitentiaires)".

Possédant justement l'expérience des prisons, nous nous rangeons volontiers derrière l'avis nuancé de l'auteur cité et nous sommes obligé d'admettre avec lui la réalité de la simulation mentale consciente et volontaire. Elle est tout à fait exceptionnelle et nous citerons deux cas observés à Fresnes.

Z..., détenu Nord-Africain, est signalé par les surveillants à cause de son comportement bizarre : il reste, malgré le froid, complètement nu dans sa cellule, refuse toute nourriture

se lamente sans cesse d'une façon stéréotypée : "Mes enfants, mes enfants, où sont mes enfants?" Nous le faisons venir à l'Hôpital pour examen psychiatrique. Le sujet entre dans notre bureau et recommence immédiatement ses lamentations concernant ses enfants. A toutes nos questions, il répond : "Mes enfants, mes enfants". Toutefois, nous avons remarqué que malgré sa douleur morale et tout en gémissant, il examinait du regard la pièce où nous nous trouvions. Puis il demande : "C'est Villejuif ici ?" (Il a fait le voyage jusqu'à l'Hôpital en voiture fermée, donc l'erreur était possible). La question était suspecte. Et nous notons aussi que malgré ses cris déchirants, ses yeux sont restés parfaitement secs. Là-dessus, nous le congédions. Avant de se retirer, il nous demande : "Est-ce que j'irai maintenant à Villejuif ?" Devant notre réponse évasive, il nous demande une entrevue à part (son surveillant était présent pendant l'examen). Entre quatre yeux, il cesse instantanément ses lamentations et il explique sur un ton tout à fait normal que sa vie était en danger du fait que lui étant du parti M.N.A., il avait été placé à la prison au milieu des membres du parti F.L.N. Et il nous supplie soit de le changer de division, soit de l'envoyer à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif. Pour éviter tout désordre, la Direction, sur notre demande, l'a affecté dans une autre section. Depuis nous n'en avons plus entendu parler.

B... est une femme-gangster, chef de bande, envoyée à l'Hôpital de Fresnes pour troubles mentaux : crises d'agitation, avec activité clastique. Un matin, en plein hiver, on nous appelle car B... a cassé tous ses carreaux, son lavabo, sa vaisselle et était en train de mettre le feu à sa cellule. Nous nous trouvons devant une femme d'une trentaine d'années, visiblement excitée, en chemise malgré le froid. Elle déclare ne pas savoir ce qui s'est passé. Ensuite elle raconte que quelqu'un est venu dans sa cellule, l'a menacée de tuer sa petite fille

et pour finir a mis le feu. Elle dit ne pas savoir où elle était. Nous lui demandons son nom. Elle l'ignore, elle l'a oublié, elle a tout oublié. Quand nous lui faisons remarquer que sa simulation est un peu trop grossière, elle n'est pas trop longue à admettre qu'elle a préparé toute cette mise en scène pour être envoyée à Sainte-Anne, d'où elle espérait ressortir en quelques mois.

Dans ces deux observations, la simulation, pour un oeil un peu averti était manifeste.

Dans d'autres cas, une longue observation s'avère nécessaire, une observation de tous les instants, effectuée aussi bien par les surveillants que par le personnel médical. Souvent, dans les rares cas où il s'agit d'un simulateur (et non d'un exagérateur), le sujet finit par se lasser et se laisser "guérir" par une médication anodine quelconque (sérum physiologique, ou aspirine déguisée, p. ex.)

Un autre écueil à éviter est de croire à la simulation en présence de certains déments précoces maniérés. J. DELAY cite en 1945 le cas d'un jeune médecin "qui en 1940 avait été considéré comme un simulateur et qui présente actuellement un syndrome typique d'hébéphrénocatatonie. La démence précoce est très difficile parfois à authentifier".

Un autre syndrome qui évoque facilement la simulation et vu assez fréquemment à Fresnes est le "sommeil cataleptique" avec ou sans rigidité. Le malade est inerte, immobile, on dirait comateux. Il ne réagit à aucune excitation extérieure. Mais il n'existe aucune anomalie neurologique. Les fonctions neuro-végétatives sont absolument normales. On apprend que le malade vient de subir un choc émotif, ou une violente contrariété. Le diagnostic, et par là le pronostic, sont faits. Soit spontanément, au bout de 24 à 48 heures, soit sous

l'effet du choc amphétaminique, et presque immédiatement, le malade sortira de sa torpeur cataleptique. Il se demandera avec étonnement ce qui lui est arrivé. Il expliquera que pendant tout le temps de son accès il était resté parfaitement conscient mais qu'il était incapable de bouger et de prononcer un mot. On aurait, bien entendu, tort, malgré les apparences, de taxer ces malades de simulateurs. D'ailleurs une fois "réveillés", ils ne désirent nullement rester à l'Hôpital.

CONCLUSIONS

--:-

I.- La situation du médecin en milieu pénitentiaire doit être claire et sans équivoque :

a) vis-à-vis du malade qui doit être assuré qu'il peut compter sur le savoir et la protection du médecin pendant toute la durée de sa maladie. Il doit savoir également que ses tentatives de simulation seront en général tôt ou tard démasquées, et qu'il ne peut espérer la complaisance du médecin.

b) vis-à-vis de l'Administration, qui doit savoir que le Corps Médical Pénitentiaire soigne et protège les vrais malades, et que de ce fait, la "raison administrative" doit, dans leur cas, céder le pas devant la "raison médicale". En contrepartie, elle doit savoir aussi que les médecins sont capables de dépister les simulateurs dans la plupart des cas, et que, de toutes façons, ces derniers ne bénéficieront pas de leur complicité.

II.- L'étude des tentatives de simulation montre que :

a) ou on simule un symptôme ou une maladie qui n'existe pas chez le sujet.

b) ou on exagère les signes d'une maladie réelle.

Nous avons passé en revue un certain nombre de cas cliniques où le sujet a utilisé des

moyens plus ou moins classiques ou originaux pour faire croire à l'existence d'une maladie. La connaissance de ces moyens est indispensable en médecine pénitentiaire ou militaire, et utile en médecine "civile" où les "pensionnites" se rencontrent de plus en plus fréquemment.

III.- Le dépistage de la simulation nécessite de la part du médecin une solide formation de base, la connaissance profonde de la psychologie pénitentiaire, la connaissance des "trucs" les plus couramment utilisés et la connaissance des bénéfices que le sujet pourrait tirer de sa simulation. Enfin le médecin doit posséder des moyens de laboratoire très étendus, car, suivant le mot de COSTEDOAT, "la simulation ne se devine pas, mais se démontre".

--:

Vu :
Le Président :
signé : R. PIEDELIEVRE

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ADAM F.

Des problèmes que pose l'aveu de simulation devant l'expert de la part de délinquants internés d'office en suite de l'expertise
Congrès des Méd. Alién. et Neur. 1955

BABINSKI et FROMENT

Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe, 1917

BARUK H.

La narco-analyse en neuro-psychiatrie et dans le domaine médico-légal
Archivio Internat. di Studi Neurol. 1951

Cahiers de Laënnec : La narco-analyse.

CHAVANY J.-L.

Etudes sur certains cas de simulation constatés pendant le temps de guerre

CHAVIGNY

Diagnostic des maladies simulées
1918 2ème éd.

COSTEDOAT

La simulation
1933, Baillière et Fils.

DASTE

Fièvres simulées.

Thèse Marseille 1942 .

DELAY et VERDEAUX .

L'EEG dans le diagnostic des "crises nerveuses"

Progrès Médical 1950 p. 571

DENIKER P.

Les examens de laboratoire en psychiatrie médico-légale

Congrès des Méd. Alién. et Neur. de France
et des pays de langue fr., Pau, Juill. 1953

DOREMIEUX

Sursimulation en psychiatrie

Thèse Lille 1938-39 (Bibliogr.)

FRIBOURG-BLANC

La pratique psychiatrique dans l'armée
1935

GRUNBERG B.

Troubles mentaux simulés par les délinquants et les criminels. Etude clinique et médico-légale

Thèse Montpellier 1918

GISCARD M.P.

Psychoses carcérales et psychoses simulées - Annales Méd. psych. Juin 1945

LALLOUM

Simulation chez un condamné aux travaux forcés à perpétuité

Thèse Paris 1956

LEBREUIL

Les pathomimes - Thèse Bordeaux 1939

LHERMITTE J.

La narcose et ses applications judiciaires - Soc. Internat. de Criminologie
séance du 15 févr. 1951

POROT A.

Rapport au Congr. des Méd. Alién. et
Neur. de 1921

POROT A. et HESNARD

L'expertise mentale militaire, 1918

A. WEIL-J.

De la souffrance à la pensée.

A. WEIL-J.

Sulfate de Phényl-I-amino-2-propane
(Orthédrine) et hypertension artérielle
permanente

Bull. et Mém. Soc. de Médecine de Paris
n° 7 Juill. 1951 p. 147

